

КОНЦЕПЦИЯ ВЫПУСКНОГО ЭКЗАМЕНА НА РУБЕЖЕ XX-XXI ВЕКОВ

В.М. Березов

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Гордостью высшего медицинского образования в бывшем СССР считалась подготовка все большего количества врачей в расчете на душу населения. Количество часто подменяло качество.

В условиях серьезных социально-экономических потрясений, которые имеют место на территории бывшего СССР, во весь рост встал вопрос о повышении качества подготовки врача. Еще в 80-е годы появилась тенденция к усовершенствованию системы контроля подготовки врача. Тестовые задания, разработанные на Украине, были распространены для «среза знаний» выпускника вуза во всем СССР. Результаты оказались весьма поучительными и обнадеживающими. Появилась возможность сравнивать уровень профессиональной подготовки в различных вузах. Сам характер тестов, вопросов давал ответ, где, на каком этапе обучения допускались ошибки. Подобный контроль давал веские аргументы для своевременной коррекции обучения в целом вузе и в отдельных его подразделениях.

На протяжении последних 10-и лет в Донецком медицинском университете внедрена тестовая система проверки знаний на выпускном курсе вначале по внутренним болезням, а за последние 3-4 года и по остальным специальностям. Апробировано несколько вариантов заданий. На первом этапе использовались тесты с подготовкой письменного ответа, который сравнивался с эталоном. Сложность подготовки самого эталона и особенно сравнения с эталоном письменного ответа студента-выпускника требовали формализации ответов. Новые тестовые задания включали достаточно большее количество вопросов теоретического и практического характера с несколькими вариантами ответа. Только один или два ответа были абсолютно правильными. Намного легче стало определять оценку студенту на основе общепринятых в педагогике принципов: решение 70% и более за-

даний давало студенту право рассчитывать на положительную оценку. Введение так называемой «существенной операции» (вопрос или тест, требующий обязательного ответа для получения положительной оценки, – чаще всего правильный диагноз, или выбор тактики врача в неотложной ситуации) вносило элемент агрессивности в экзамен. Отсутствие ответа на этот вопрос («существенная операция») влекло за собой получение неудовлетворительной оценки. Опыт, накопленный при такой форме экзамена с выборочным ответом, позволил сделать следующий шаг – компьютеризацию экзамена.

После подготовки достаточно большого набора заданий – клинических ситуаций с 10-11 вопросами к каждой из задач – было решено использовать машинный метод контроля качества подготовки будущего врача. Программное обеспечение позволяло создать индивидуальный набор заданий для каждого экзаменуемого. В наборе были представлены все разделы дисциплины, выносимые на государственный экзамен (внутренние болезни, инфекционные и профболезни). Включались и задания по неотложным состояниям. Студент должен был отвечать на 9 тестов с 10-11 вопросами к каждому из них. Общая продолжительность экзамена составляла 120 минут, иногда 130 минут (решение государственной комиссии при отказе компьютера).

Каковы преимущества подобной формы экзамена? Во-первых, достигается полная стандартизация опроса независимо от личных склонностей экзаменатора. Во-вторых, проверяется уровень знаний по всем разделам внутренних и смежных дисциплин, с включением вопросов по анатомии, физиологии, микробиологии и т.п. – и по общемедицинской подготовке. Оценка стала более объективной, о чем свидетельствует анкетирование самих студентов. В тех случаях, когда студенту доводилось сдавать переэкзаменовку, он часто получал тот же балл, что и на первом экзамене. Включая задания из разных разделов внутренних болезней, коллектив кафедры получал реальную картину недостатков обучения студента: нефрология, эндокринология или любой другой раздел.

Большой массив сдающих студентов позволял получить статистически значимую величину. Обучая последующие курсы, можно было вносить коррективы в учебный процесс, строже спрашивать и с преподавателя, и со студента. Почти аксиомой признается во всех замечаниях после государственного экзамена недостаточно глубокое освоение неотложных ситуаций. А результаты теоретического экзамена отнюдь не подтверждают этот тезис: средний балл по этому разделу колеблется от 3.7 до 4.2.

Сложные моменты в подготовке компьютеризированного экзамена можно сформулировать в виде двух проблем. Первая – как подготовить «идеальное задание»? И вторая – как оценить знания студента?

Качество задания, его сложность зависят от тех целей, которые предусматривает контрольная проверка знаний. Если это выпускной экзамен, тест

должен распознаваться основной массой выпускников. Те задания, на которые не отвечает 90-100% студентов или, наоборот, не представляют сложности для 100% выпускников (тест уровня «Волга впадает в Каспийское море»), отбрасываются. Чтобы выявить эти тесты (очень сложные или очень упрощенные), в репрезентативных группах студентов шла контрольная проверка их качества. Последующая обработка результатов давала возможность отобрать необходимые задания. Тесты, не вошедшие в экзаменационный набор, перерабатывались, дополнялись.

Какую оценку по завершении государственного экзамена должен выставить в сводном протоколе компьютер? В первый день, после завершения экзамена группой студентов минимум в 100 человек, создавалась гистограмма оценок. 3% худших оценок давали минимальный порог положительной оценки при условии, что студенты ответили хотя бы на 60% вопросов. За 4 года компьютеризированного экзамена этот порог постепенно повышался от 62.5% до 68.5%, приближаясь к рекомендуемым педагогической наукой 70%.

Противники тестового и компьютеризированного экзамена в качестве аргумента приводят возражения, что в этом случае отсутствует живой контакт экзаменатора с испытуемым. Этот тезис можно отбросить, поскольку в духе традиций отечественной медицины студент должен сдавать еще и практическую часть экзамена. Любой дополнительный вопрос (вопросы), собеседование по больному позволяют членам экзаменационной комиссии получить представление о логике мышления будущего врача и оценить его готовность к будущей работе. За последние 2 года было проведено сопоставление тестового экзамена и результатов дополнительного устного опроса практически всех студентов. Корреляция оказалась очень высокой – $r=0.86$. Устный опрос чаще давал оценку более высокую. Все 4 года после компьютеризированного экзамена сравнивались его результаты с годовой оценкой по внутренним болезням (своего рода рейтинг студента). Совпадение баллов отмечалось в 67% случаев. Экзаменационная оценка была ниже 1 балла в 15%, выше в 13%. Отмечалось расхождение и на 2 балла, что всегда тщательно анализировалось. Как правило, такие «перекося» имели под собой чисто субъективную причину (подсказки). Отсев на государственном экзамене составлял от 5.6% до 1.8 %. Таким образом, относительно новые технологии проведения выпускного экзамена дают реальную возможность получить независимую оценку знаний выпускника медицинского вуза. Другой отрадный факт: ужесточение требований на выходе послужило хорошим мотивационным стимулом для интенсификации знаний в учебном году.

Средний балл на государственном экзамене постепенно повышался от 3.6 до 4.05 балла, несмотря на сокращение количества часов по дисциплине.

Применение тестового экзамена в машинном (предпочтительно) и безмашинном варианте имеет важные преимущества перед традиционными формами, а сочетание их (двух- или даже трехэтапный экзамен) можно считать дальнейшим развитием традиций отечественной медицины.